

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

**MEMÓRIA A CURTO-PRAZO, SATISFAÇÃO COM A VIDA
E AFECTIVIDADE EM IDOSOS EM LAR
E EM CENTRO DE DIA**



ANABELA MANAIA GASPAR

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RAMO PSICOTERAPIA E PSICOLOGIA CLÍNICA

COIMBRA, 2011



MEMÓRIA A CURTO-PRAZO, SATISFAÇÃO COM A VIDA E AFECTIVIDADE EM IDOSOS EM LAR E EM CENTRO DE DIA

ANABELA MANAIA GASPAR

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em
Psicoterapias e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Co-Orientadora: Mestre Mariana Marques

COIMBRA, SETEMBRO DE 2011

Figura da Capa: Este desenho foi realizado pela minha irmã Carla Gaspar. Pretende simbolizar a memória a curto-prazo (através do elemento cérebro) e a satisfação com a vida nos idosos (através dos dois idosos felizes).

AGRADECIMENTOS

A finalização desta dissertação é, parte da realização de um sonho que começou há cinco anos atrás, outras pessoas, para além de mim, foram responsáveis pela sua concretização.

Gostaria, assim, de agradecer à Professora Doutora Helena Espírito Santo pela persistência e motivação que sempre transmitiu, não permitindo que desanimasse. Obrigado por acreditar que eu era capaz.

À Mestre Mariana Marques, pela sua dedicação, disponibilidade e profissionalismo com que me acompanhou nesta última etapa do curso. Agradeço com todo o carinho a sua ajuda na realização da presente dissertação e por toda a motivação e coragem que sempre transmitiu.

Ao meu marido Henrique que sem a sua dedicação e compreensão nos momentos mais difíceis não seria possível chegar até aqui. Agradeço-te meu amor por todo o apoio incondicional, amor, carinho, admiração, paciência e força que sempre me transmitiste ao longo deste percurso.

Aos meus pais, por me terem dado sempre palavras de incentivo, coragem e amor em todos os momentos, por me terem ajudado monetariamente na conquista deste sonho. A vocês o meu sincero e profundo agradecimento pela pessoa que sou hoje e por me ensinarem a lutar pelos meus objectivos.

À minha irmã, minha confidente e amiga. Obrigado por todo o amor, compreensão e carinho que me deste não só ao longo destes anos como de toda a minha vida.

À minha avó materna que apesar de já não estar entre nós sempre foi uma mulher de força e coragem, exemplo que quero seguir. Obrigado, sei que me continuas a dar força.

A todos os meus amigos e família, que sempre me incentivaram e compreenderam as minhas ausências e que me confortaram nos momentos de angústia e desânimo, a vossa força e carinho foram essenciais na concretização deste sonho, obrigado por estarem ao meu lado e por acreditarem em mim.

Por último, mas não menos importante queria agradecer a cooperação de todos os idosos sob responsabilidade do Concelho de Coimbra, assim como das(os) auxiliares que com eles trabalham diariamente, e sem os quais não teria sido possível a realização da presente dissertação. Obrigado pela colaboração e disponibilidade.

RESUMO

Introdução: No envelhecimento podem degradar-se diferentes funções cognitivas, entre elas a memória. Os idosos não-institucionalizados apresentam níveis mais elevados de estimulação ao nível relacional, físico e psicológico. São nossos objectivos verificar se existem diferenças na memória a curto-prazo, na satisfação com a vida e na afectividade (afecto positivo e negativo) entre idosos vivendo em Lares e frequentando Centros de Dia, analisar potenciais associações entre a memória a curto-prazo e a satisfação com a vida e afectividade e testar o potencial papel preditivo da memória a curto-prazo para as outras duas variáveis. Queremos, ainda, testar potenciais associações entre diferentes variáveis sociodemográficas, a sintomatologia depressiva/ansiosa e as variáveis mencionadas para controlar o seu papel nas análises envolvendo predição.

Metodologia: A amostra incluiu 283 idosos (idade média $80,2 \pm 6,58$) sob resposta social no Concelho de Coimbra que aceitaram responder a uma bateria de testes (*Montreal Cognitive Assessment/MoCA*, *Mini Mental State Examination/MMSE*, *Satisfaction with Life Scale* e *Positive and Negative Affect Schedule*).

Resultados: Não existem associações estatisticamente significativas entre o tipo de resposta social e a memória a curto-prazo, a satisfação com a vida e a afectividade. Os idosos com um resultado médio mais elevado nos subtestes de memória do MMSE e do MoCA apresentam maior satisfação com a vida e mais afecto positivo. Os idosos com um resultado médio mais elevado no subteste de memória do MMSE apresentam menos afecto negativo. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas, sintomatologia depressiva/ansiosa e as nossas variáveis centrais. Recorrendo a regressões múltiplas multivariadas observou-se que somente a sintomatologia depressiva oferecia uma contribuição estatisticamente significativa para a satisfação com a vida e para o afecto positivo. Relativamente ao afecto negativo só a memória a curto-prazo avaliada com o MMSE ofereceu uma contribuição estatisticamente significativa.

Conclusão/Discussão: Ao contrário do que é apontado na literatura e daquilo que seria de esperar, o nosso primeiro objectivo do estudo não foi confirmado. Ainda assim, e mesmo que apenas transversalmente, replicámos diferentes resultados relativos às associações entre as variáveis centrais, as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva/ansiosa. Os resultados confirmam, também, pelo menos em parte, o modelo tripartido da depressão e ansiedade. Nas análises preditivas os resultados obtidos remeteram para a importância de se intervir na redução da sintomatologia depressiva e de se realizar reabilitação cognitiva, junto da população idosa, com vista à melhoria da sua satisfação de vida e afecto.

Palavras-chave: Memória a Curto-Prazo; Satisfação com a Vida; Afecto Positivo; Afecto Negativo; Idosos; Resposta Social.

ABSTRACT

Objectives: Aging is characterized by the degradation of different cognitive functions, like memory. Non-institutionalized elderly present higher levels of relational, physical and psychological stimulation. We have the aims of verifying if there are differences in terms of short-memory, satisfaction with life and affectivity (negative and positive affect) among institutionalized and non-institutionalized elderly, analyzing the potential associations between short-term memory, satisfaction with life and affectivity and test the potential predictive role of short-term memory for the two other variables. We also wish to explore potential associations between different sociodemographic variables and depressive/anxious symptoms, in order to control their role in the analyses involving prediction.

Methodology: The sample comprises 283 elderly (mean age, $M = 80,2$; $SD = 6,58$; range = 65-100) under social answer in different institutions from Coimbra Council which accepted to fill in voluntarily a test battery (or whose relatives/caregivers gave consent) including some socio-demographic questions, the *Montreal Cognitive Assessment*, the *Mini Mental State Examination*, the *Satisfaction with Life Scale*, the *Positive and Negative Affect List*.

Results: There were no significant associations between the type of social answer and short-term memory, satisfaction with life and affectivity. Elderly with a higher result on MMSE and MoCA memory sub-tests present higher satisfaction with life and more positive affect. Elderly with a higher result on the MMSE memory sub-test present less negative affect. There were significant associations between the sociodemographic variables, depressive and anxious symptoms and our nuclear variables. Multivariate multiple regressions showed that only depressive symptoms offered a significant contribution ($\leq 0,05$) to satisfaction with life and positive affect. Regarding negative affect, only short-term memory (MMSE) showed to be significant predictive.

Conclusion/Discussion: In opposition to what would be expected, our first hypothesis was not confirmed. However, and although only cross-sectionally we replicate different results regarding the associations between the nuclear variables and the sociodemographic variables and depressive/anxious symptoms. The results also confirm, at least partially the tripartite model of depression and anxiety. In the predictive analyses, the results accentuate the relevance of reducing depressive symptoms and of conducting cognitive rehabilitation with the elderly population, to increase their satisfaction with life and affect.

Key-words: Short-memory; Life satisfaction; Positive affect; Negative affect; elderly; social answer.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA	7
2. 1. Âmbito Geral do estudo	7
2.2. Procedimentos	8
2.3. Instrumentos	9
2.3.1. Questões sociodemográficas	9
2.3.2. Mini Mental State Examination	9
2.3.3. Montreal Cognitive Assessment	10
2.3.4. Satisfaction with Life Scale	12
2.3.5. Positive and Negative Affect Schedule	12
2.3.6. Geriatric Anxiety Inventory	13
2.3.7. Geriatric Depression Scale	14
2.3.8. Rey 15-Item Test	14
2.4. Análise estatística	15
2.5. Amostra	17
3. RESULTADOS	20
4. CONCLUSÃO/DISCUSSÃO	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1: Variáveis Sociodemográficas.

Quadro 2: Pontuação Média e Desvio-Padrão no MMSE (memória), MoCA (evocação diferida), PANAS (Afecto Positivo e Afecto Negativo), SWLS, GAI e GDS na Amostra Total e por Género.

Quadro 3: Variável Resposta Social (categorizada).

Quadro 4: Correlações entre Memória a Curto-Prazo, Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo.

Quadro 5: Variáveis Sociodemográficas (categorizadas).

Quadro 6: Correlações entre a Variável Memória a Curto-Prazo (MMSE e MoCA) e a Sintomatologia Depressiva (GDS) e Ansiosa (GAI).

Quadro 7: Correlações entre Sintomatologia Depressiva (GDS) e Ansiosa (GAI) Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo.

Quadro 8: Pontuação Média e Desvio-Padrão no Rey 15 na Amostra Total.

Quadro 9: Correlações do Ponto-Bisserial entre o Rey 15-Item, Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo.

Quadro 10: Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo a Satisfação com a Vida.

Quadro 11: Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o Afecto Positivo.

Quadro 12: Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o Afecto Negativo.

1. INTRODUÇÃO

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo de degradação progressiva que envolve modificações morfo-fisiológicas e psicológicas e que acarreta repercussões sociais, atingindo a pessoa, então, ao nível biológico, psicológico e social (Fontaine, 2000; Oliveira, 2010). O seu começo é imprevisível, deve-se a múltiplas variáveis e varia na sua velocidade e gravidade, oscilando de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000). Como referido, o envelhecimento processa-se a três níveis: biológico (do próprio organismo), sociológico (alterações nos hábitos pessoais, estatuto e papel do indivíduo) e psicológico (alterações das actividades intelectuais, motivacionais e da memória) (Birren & Cuningham, 1985; Fontaine, 2000). No século XIX, Charcot (1890) referiu já que o envelhecimento de cada indivíduo podia ser entendido como o seu percurso pessoal no *continuum* entre o normal e o patológico. Segundo este médico, a velhice de todos os indivíduos, independentemente da variabilidade inter-individual, passaria por um estado patológico de senilidade ou demência.

Memória

O processo de envelhecimento caracteriza-se por alterações, incluindo a degradação em diferentes funções cognitivas, entre elas a memória. Aliás, a centralidade do prejuízo/declínio da memória com o envelhecimento é rapidamente verificada se considerarmos que, entre os défices cognitivos referidos num dos critérios de diagnóstico de demência do Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-IV-TR; APA, 1994) é precisamente o défice/prejuízo da memória o primeiro a ser referenciado, “podendo ser acompanhado por pelo menos uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação/prejuízo nas funções executivas” (DSM-IV-TR, p. 135). Segundo Craik (1994) apontando também para a centralidade da memória, os idosos referem sobretudo dificuldades em recordar-se de nomes, em “encontrar” palavras (tarefas que faziam facilmente na sua adolescência e início da idade adulta) e esquecimentos (particularmente de tarefas que haviam planeado executar momentos antes). De facto, a idade está directamente relacionada com o declínio na memória (Craik, 1994; Mather & Carstensen, 2005).

A memória enquanto função cognitiva divide-se em vários subtipos. Uma das divisões conceptuais mais utilizadas é a memória a curto-prazo *versus* memória a longo-prazo. A memória a curto-prazo diz respeito à retenção de pequenas quantidades de informação

durante curtos períodos de tempo (Baddeley, 2000), possui uma capacidade limitada, permitindo reter uma média de sete “ítems” de informação durante um breve período de tempo (Butters, Delis, & Lucas, 1995). A memória a longo prazo diz respeito à capacidade de recordar informação após um intervalo de tempo (mais do que breves segundos) em que a atenção não está focada na informação (Butters et al., 1995).

Focando-nos em particular na memória a curto-prazo ou memória de trabalho (tal como definida por alguns autores; Baddeley, 2000), por ser o objecto de estudo principal do nosso trabalho (e aquele com o qual queremos explorar associações) esta pode ser avaliada através de diferentes baterias de testes e diversas tarefas. Assim, existem diferentes baterias de testes desenvolvidas para avaliar a memória (e.g., a *Wechsler Memory Scale-Revised*/WMS-R), ou a *Memory Assessment Scales*/MAS) (Butters et al., 1995). Para além disso, alguns investigadores/clínicos recorrem a tarefas de evocação livre que consistem na apresentação de uma lista de palavras/números que o indivíduo terá de recordar posteriormente (de forma aleatória) e de *Memory Span* (“intervalos de itens”/intervalo de memória), em que é apresentado ao indivíduo uma sequência de itens, que o sujeito terá posteriormente que reproduzir de forma ordenada (Baddeley, 2000; Butters et al., 1995). Existem ainda provas de rastreio cognitivo para detectar demência/défice cognitivo (e.g., *Mini Mental State Examination*/MMSE, Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; *Montreal Cognitive Assessment*/MoCA, Nasreddine et al., 2005), através do recurso a diferentes pontos de corte, conforme o instrumento. Em particular, quer o MMSE, quer o MoCA contêm precisamente subtestes que avaliam a memória, através das tarefas de evocação, entre outras funções cognitivas. No nosso trabalho iremos focar-nos nestes subtestes que avaliam a memória a curto-prazo.

Não existem muitos estudos comparando o prejuízo das funções cognitivas de idosos, nomeadamente da memória, vivendo/residindo em Lares (ou que estejam institucionalizados) ou frequentando Centros de Dia (que não estejam institucionalizados). Contudo, de acordo com Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006) os idosos institucionalizados apresentam piores resultados no *Mini Mental State Examination*/MMSE, no *Boston Naming Teste* e no *Hooper Visual Organization Test*. Os idosos não-institucionalizados, que vivam ainda em suas casas e que frequentem Centros de Dia, enquanto actividade social e que, por isso, mantenham alguma autonomia/grau de independência, podem apresentar também maiores oportunidades de estimulação ao nível relacional, físico e psicológico. Argimon e Stein (2005) indicam que a realização de actividades como reuniões com amigos ou familiares, actividades de lazer, culturais ou físicas poderão ser factores de protecção à condição cognitiva do idoso. Aliás,

num estudo realizado por Zandi (2004) os idosos que residiam em casas de prestação de cuidados de longa duração apresentaram taxas maiores de depressão, mais problemas de memória subjectiva e défices de memória objectiva, em comparação com indivíduos que residiam com as suas famílias.

Relativamente à associação entre a memória e algumas variáveis sociodemográficas a literatura não é consensual. Alguns estudos referem que tanto a idade como o rendimento do sujeito, e como a escolaridade não são preditores de problemas de memória subjectiva ou queixas de memória (Cushman & Abeles, 1998; Zandi, 2004); em contraste, um estudo realizado por Jonker, Geerlings e Schmand (2000) revelou que ter-se uma idade mais avançada, ser-se do sexo feminino e ter baixo nível de escolaridade estão associados a uma elevada prevalência de queixas de memória.

No que diz respeito à sintomatologia depressiva e ansiosa, diversos estudos demonstraram que os idosos mais deprimidos apresentam mais queixas de memória, sendo a depressão preditora dessas queixas (Cushman & Abeles, 1998; Zandi, 2004). Sinoff e Werner (2003) no estudo que realizaram concluíram que a perda de memória é um problema inicial, resultante do desenvolvimento da ansiedade, e que tanto a ansiedade como a depressão são provavelmente preditores precoces de um declínio cognitivo futuro.

Satisfação com a vida

A satisfação com a vida é definida por diversos autores como o julgamento cognitivo que cada sujeito faz da sua própria vida, tendo em conta a sua experiência de vida em alguns domínios específicos, tais como a saúde, trabalho, condições habitacionais, relações sociais, autonomia, poder económico entre outros (Calixto & Martins, 2010; Joia, Ruiz, & Donalísio, 2007; Neto, 1999). A satisfação com a vida reflecte o modo e os motivos que levam o indivíduo a viverem as suas experiências de vida de forma mais positiva, isto é, este conceito traduz em parte o bem-estar subjectivo do sujeito (Joia et al., 2007). A qualidade de vida, enquanto percepção que o sujeito possui acerca da sua posição na vida em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Organização Mundial de Saúde, 1997), não se tratando exactamente do mesmo constructo que o de satisfação com vida envolve, na sua avaliação, a consideração desta última variável (Joia et al., 2007).

De acordo com a literatura consultada, um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a satisfação com a vida é a *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS) elaborada por Diener, Emmons, Larsen, & Griffin (1985).

Diversas variáveis têm sido estudadas quanto à sua associação à satisfação com a vida. De acordo com John e Montgomery (2010), o declínio cognitivo (avaliado com o MMSE) está associado a uma diminuição da satisfação com a vida. Especificamente, no que diz respeito à memória, Hernández, Fernández e Alonso (2009) num estudo que realizaram com idosos de idades compreendidas entre os 60-85 anos observaram que a perda de memória objectiva ou as queixas relativamente a esta apresentavam uma correlação/associação negativa com a satisfação com a vida. Teichmann, Murdvee e Saks (2006) utilizando um instrumento da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-100 (OMS/WHO, 1995), que avalia diferentes domínios da qualidade de vida, entre eles a espiritualidade, verificaram a presença de uma correlação significativa entre esta dimensão e melhores resultados ao nível da memória (entre outras funções).

John e Montgomery (2010) apontam, igualmente, que níveis mais elevados de satisfação com a vida associam-se de uma forma estatisticamente significativa a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. Silveira e Ebrahim (1995) indicam que idosos com uma pontuação maior em escalas de ansiedade e depressão (*Symptoms of Anxiety and Depression Scale/SAD*) apresentam pontuações mais baixas na satisfação com a vida (*Life Satisfaction Index/LSI*).

Também algumas variáveis sociodemográficas têm sido estudadas em associação com a satisfação com a vida. Relativamente à idade os dados não são consensuais, sendo que, de acordo com vários autores, não existe uma associação significativa entre esta variável e a satisfação com a vida (Calixto & Martins, 2010; Isaacowitz, 2005; Schilling, 2006). Porém, outros autores referem essa associação, explicitando que existe um acentuado declínio na satisfação com a vida entre os indivíduos com mais de 70 anos (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010). Segundo Gwozdz e Sousa-Poza (2009) o declínio da satisfação com a vida em idades mais avançadas não se deve à idade em si, mas ao estado de saúde percebido. No entanto, este autor indica que a satisfação com a vida permanece constante ao longo da vida, à excepção dos indivíduos com mais de 85 anos, que apresentam um declínio na satisfação com a vida significativo. Quanto à escolaridade, alguns autores referem uma associação entre estas variáveis, em que os idosos com maior grau de escolaridade apresentam maior satisfação com a vida (John & Montgomery, 2010; Joia et al., 2007). No que diz respeito ao estado civil, diversos estudos referem maior bem-estar subjectivo nos sujeitos casados *versus* não-casados (Mastekaasa, 1994; Shapiro & Keyes, 2008). Quanto ao tipo/modalidade de resposta social (residir em Lares/estar institucionalizado *versus* frequentar Centros de Dia/não estar institucionalizado) a literatura parece apontar para o facto de os idosos que vivem em suas

casas e que vão diariamente a Centros de Dia como uma actividade social apresentam mais sentimentos de que a sua vida tem um significado e um objectivo (Oliveira, Gomes, & Oliveira 2006; Rahman, 2006). As actividades de lazer e em grupo revelam-se muito importantes a este nível, estimulando as relações interpessoais, preservando o estado físico e, principalmente, o estado psicológico o que conduzirá ao aumento da qualidade de vida dos idosos (Junior, Silva, Gomes, Paes, & Bastos, 2010; Júnior & Tavares, 2005).

Afectividade

A estrutura da afectividade foi definida, de acordo com Watson, Clark e Tellegen (1988) com base em duas dimensões/factores: o afecto positivo e o afecto negativo. O afecto positivo reflecte o grau em que o indivíduo se sente entusiasmado, activo e alerta. Um afecto positivo elevado traduz um estado de energia, concentração e envolvimento prazeroso e, por oposição, um afecto positivo baixo reflecte tristeza e letargia. Quanto ao afecto negativo, ele é caracterizado como uma dimensão geral de sofrimento subjectivo e de uma vivência de envolvimento nas diferentes tarefas/actividades do dia-a-dia, como sendo desagradáveis. Diz respeito, portanto, a um conjunto de estados de humor aversivos, nomeadamente raiva, culpa, medo e nervosismo. Um afecto negativo baixo reflecte calma e serenidade (Watson et al., 1988). Estas duas dimensões representam estados afectivos, mas parecem também estar relacionados com traços afectivos de emocionalidade negativa e positiva (reactividade emocional positiva e negativa) (Tellegen, 1985). Entre os vários instrumentos que avaliam estas duas dimensões, a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS) (Watson et al., 1988) constitui uma medida muito utilizada mundialmente, particularmente em amostras de jovens. Contudo Kercher (1992) provou que os resultados obtidos com a população idosa apoiam claramente a validade do recurso a este instrumento também nesta população.

Segundo Diener e colaboradores (1985) e Singh e Jha (2008) existe uma correlação entre a afectividade e a satisfação com a vida, em que quanto maior o afecto positivo maior a satisfação com a vida e, por contraposição, quanto maior o afecto negativo, menor a satisfação com a vida. Também Cheng (2006) verificou que o afecto positivo era o maior preditor de bem-estar (ainda que estas associações tenham sido comprovadas em amostras de estudantes universitários).

Quanto à associação com a memória, Ashby, Isen e Turken (1999) verificaram que níveis moderados de afecto positivo podem melhorar a memória de trabalho.

De acordo com Panagopoulou, Montgomery, Benos e Maes (2006) sujeitos com valores elevados de afecto negativo estão mais predispostos a apresentar níveis significativos

de ansiedade e insatisfação. Segundo Burns, Anstey e Windsor (2010) o afecto positivo está mais fortemente associado à depressão (negativamente) do que à ansiedade, no entanto, o afecto negativo mostrou estar significativamente associado a ambas as sintomatologias.

No que diz respeito à associação desta variável com a resposta social um estudo na população portuguesa realizado por Esteves (2003) demonstrou que os idosos que residam na sua própria habitação apresentam valores significativamente superiores de afecto positivo por comparação com os idosos residentes em Lar. Relativamente ao afecto negativo, este estudo revelou que os idosos institucionalizados apresentavam valores mais elevados de afecto negativo, embora entre os idosos não-institucionalizados a diferença não tenha atingido a significância estatística.

Também algumas variáveis sociodemográficas estão relacionadas com a afectividade como a idade, o género e o estado civil. Num estudo realizado por Mroczek e Kolarz (1998) no género feminino, a idade estava relacionada com o afecto positivo, mas não com o afecto negativo. Já no género masculino a idade interagia com duas variáveis: a extroversão e o estado civil. Assim, homens mais jovens apresentam maior afecto negativo porque nunca foram casados, enquanto que homens mais velhos têm maior afecto negativo porque estão divorciados, separados ou são viúvos. Entre os homens casados a idade está inversamente relacionada com o afecto negativo (Mroczek & Kolarz, 1998).

No seu modelo tripartido da ansiedade e da depressão, Clark e Watson (1991) procuram explicar a sobreposição entre sintomatologia depressiva e ansiosa e a comorbilidade existente entre elas. Segundo o seu modelo, o afecto negativo é um componente comum às duas sintomatologias. Porém, ansiedade e depressão também possuem características únicas, sendo que de acordo com estes autores podem ser diferenciadas através de dois constructos: afecto positivo e *hiperarousal*/hiperactivação fisiológico/a. Estudos conduzidos por estes autores revelaram que os indivíduos com sintomas ou diagnóstico de depressão apresentavam níveis baixos de afecto positivo e níveis elevados de afecto negativo, enquanto que os sujeitos com perturbação ansiosa apresentavam valores elevados de hiperactivação fisiológica e de afecto negativo (cit. por Anderson & Hope, 2008; Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss, & McCormick, 1995).

Objectivos

Com base no acima referido, os objectivos deste estudo passam por: 1) explorar se existem diferenças na memória a curto-prazo, na satisfação com a vida e na afectividade (afecto positivo e afecto negativo) entre idosos vivendo em Lares e frequentando Centros de

Dia; 2) analisar potenciais associações entre memória a curto-prazo e satisfação com a vida e afectividade (afecto positivo e negativo); 3) analisar potenciais associações entre diferentes variáveis sociodemográficas, a sintomatologia depressiva/ansiosa e as variáveis referidas no objectivo dois, para podermos controlar o seu papel em análises subsequentes, caso encontremos associações significativas com estas variáveis; 4) explorar o papel preditivo das variáveis com as quais tenhamos encontrado associações significativas para a satisfação com a vida e afectividade (afecto positivo e afecto negativo).

2. METODOLOGIA

2. 1. Âmbito Geral do estudo

A presente dissertação faz parte do *coorte* I de um projecto de Investigação baseado na população, *Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*, cujo objectivo central consiste no rastreio cognitivo e na avaliação/caracterização/multidimensional de todos os idosos que se encontram sob resposta social (utentes da rede de serviços sociais para idosos) no concelho de Coimbra. Este projecto está a ser realizado no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) e decorre em parceria com o Centro de Estudos da População Economia e Sociedade. Apresenta-se, de seguida, alguns dos objectivos gerais do mesmo: conhecimento dos números de idosos que são saudáveis, dos números de idosos que sofrem de declínio cognitivo (números dos que estão em risco) e dos idosos que sofrem de demência que estão sob resposta social na região centro; desenvolvimento e adaptação de instrumentos de avaliação precoce cognitiva, emocional e comportamental a aplicar nos vários estágios da doença/demência; caracterização multidimensional dos idosos (saúde física, saúde mental, funcionamento cognitivo, emocional e comportamental, actividades da vida diária e recursos sociais); estudo da evolução de várias funções cognitivas, dos aspectos emocionais e comportamentais e da qualidade de vida.

Da equipa de investigação fazem parte alguns elementos do grupo de docentes do Instituto Superior Miguel Torga, sendo a coordenadora executiva do projecto a Professora Doutora Helena Espírito Santo. Vários alunos do ISMT têm vindo a colaborar na recolha dos dados (que continua em curso), sua informatização e análise estatística, desde Novembro de 2010.

2.2. Procedimentos

Vinte uma instituições (e.g., Casa de repouso; Caritas Diocesanas de Coimbra; Centro Social de São José) que fornecem resposta social à população idosa no Concelho de Coimbra foram contactadas (por carta, com descrição detalhada do estudo) para que se pudesse proceder à administração de uma bateria de testes (esta continha, igualmente, algumas questões sociodemográficas). Depois desse contacto inicial e do estabelecimento de protocolos de parceria, a recolha de dados foi efectuada por equipas de jovens investigadores (estudantes do terceiro ano do primeiro ciclo/Licenciatura e estudantes do primeiro ano do segundo ciclo/Mestrado Integrado em Psicologia Clínica)¹ supervisionadas por chefes de equipas e coordenadas por um investigador sénior. Cada idoso, depois de ter fornecido o seu consentimento informado², foi avaliado com uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente.

Na primeira sessão foram aplicados o *Mini Mental State Examination/Avaliação Breve do Estado Mental* (MMSE), o *Geriatric Anxiety Inventory/Inventário Geriátrico de Ansiedade* (GAI) a *Geriatric Depression Scale/Escala Geriátrica da Depressão* (GDS), a *Satisfaction with Life Scale/Escala de satisfação com a Vida* (SWLS) e o *Positive and Negative Affect Schedule/Lista de Afectos Positivos e Negativos* (PANAS) por um aluno do terceiro ano do primeiro ciclo, durando cerca de 20 a 30 minutos.

A segunda sessão, administrada por um estudante do primeiro ano do segundo ciclo e demorando cerca de 60 minutos, inclui o *Montreal Cognitive Assessment/Avaliação Cognitiva de Montreal* (MOCA), a *Rey Complex Figure/Figura Complexa de Rey*, três testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15-Item e o Teste do troco e do dinheiro. Ambas as sessões foram acompanhadas por um aluno do segundo ano do segundo ciclo que monitorizava e apoiava a administração por forma a corrigir eventuais erros. As diferentes escalas foram cotadas por alunos do primeiro e do segundo ano do segundo ciclo.

Nesta dissertação recorreremos aos instrumentos **Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE)** e à **Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA)** para avaliar memória a curto-prazo, à **Escala de Satisfação com a vida (SWLS)** e à **Lista de Afectos Positivos e Negativos (PANAS)** para avaliar, respectivamente, a satisfação com a vida e a afectividade dos idosos. Recorreremos, ainda, a diferentes questões para avaliar as variáveis sociodemográficas e à **Escala Geriátrica de Depressão (GDS)** e ao **Inventário Geriátrico de Ansiedade (GAI)**. Estes instrumentos encontram-se descritos na secção 2.3.

¹ Estes estudantes tiveram acções de formação e treino prático na administração dos testes.

² Ou alguém responsável pelo o idoso.

2.3. Instrumentos

2.3.1. Questões sociodemográficas

Antes mesmo de os idosos preencherem a bateria de testes foram-lhes colocadas algumas questões sociodemográficas que apresentamos de seguida, juntamente com as respectivas opções de resposta: idade (resposta aberta); género (feminino; masculino); estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado/separado e viúvo); que estudos completou? (não sabe ler/escrever; sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino, ensino básico primário, ensino básico preparatório, ensino secundário, ensino médio, ensino superior); resposta social (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Lar de idosos); número de filhos (resposta aberta).

2.3.2. Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975)

O *Mini Mental State Examination*/Avaliação Breve do Estado Mental é um instrumento de rastreio cognitivo/avaliação breve da demência. Este instrumento passou a ser largamente utilizado em contextos clínicos e de investigação devido à sua brevidade e facilidade na administração (Berger, Fratiglioni, Winblad, & Bäckman, 2005; Gonçalves, 2010; Guerrero-Berroa et al., 2009).

O MMSE é constituído por um conjunto de questões e tarefas que permitem a avaliação das seguintes funções cognitivas: orientação (está subdividida em dez questões, sendo que por cada resposta correcta o sujeito recebe um ponto; assim, no máximo pode obter-se a pontuação de dez pontos), retenção (é composta por uma tarefa que consiste na repetição de três palavras; por cada palavra repetida correctamente o sujeito obtém um ponto; a pontuação máxima será, então, de três pontos), atenção e cálculo (o sujeito tem que realizar sucessivas subtracções a um número facultado pelo clínico/investigador; pára-se nas subtracções ao fim de cinco respostas; a pontuação máxima é de cinco pontos), evocação/memória (é solicitado ao sujeito que repita as três palavras aprendidas na tarefa da retenção; a pontuação máxima possível é, então, de três pontos), linguagem (composta por sete tarefas: nomear dois objectos, repetir uma frase, realizar instruções, uma lida pelo sujeito e outra verbalizada pelo investigador/clínico, escrever uma frase; a pontuação máxima obtida será de nove pontos) e habilidade construtiva (pede-se ao sujeito que copie um desenho; se a

tarefa for correctamente realizada é atribuído um ponto) (Berger et al., 2005; Constâncio, 2008; Guerrero-Berroa et al., 2009).

Guerreiro (1998, cit. por Simões, Sousa, Duarte, Firmino, Pinho, Gaspar, et al. 2010) validou o MMSE para a população portuguesa encontrando os seguintes pontos de corte: pontuação igual ou inferior a 15 traduz défice cognitivo nos analfabetos, pontuação igual ou inferior a 22 representa declínio cognitivo nos indivíduos com um a onze anos de escolaridade; pontuação igual ou inferior a 27 traduz declínio cognitivo em indivíduos com escolaridade superior a onze anos. O MMSE de acordo com Lezak, Howieson e Loring (2004, cit. por Constâncio, 2008) apresenta elevada fidedignidade teste-reteste (após um período de quatro semanas) ($r = 0,99$) e boa concordância inter-avaliadores (entre clínicos gerais e entre neuropsicólogos) ($k = 0,86$) (Pezzoti, Scalmana, Mastromattei, & Di Lallo, 2008).

Em particular, neste trabalho, não serão utilizados os pontos de corte da escala, sendo que apenas consideraremos os resultados obtidos na prova/tarefa de retenção e na prova de repetição/evocação. Assim, a pontuação obtida por cada idoso no que concerne à memória a curto-prazo foi calculada somando os pontos obtidos na prova de retenção e na prova de evocação, pelo que a pontuação mínima que cada idoso podia obter era de zero pontos e a pontuação máxima de seis pontos.

2.3.3. Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, ... Chertkow, 2005).

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) foi desenvolvido por Nasreddine e colaboradores (2005) com o objectivo de se ter acesso a um instrumento breve de rastreio cognitivo (a preencher pelo sujeito em dez minutos) para avaliar concretamente a presença de *défice cognitivo ligeiro*. Este instrumento, composto por diferentes tarefas, avalia diversos domínios cognitivos: atenção e concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstracção, cálculo e orientação.

A pontuação total do instrumento é de 30 pontos, sendo que, deve ser atribuído um ponto suplementar se o indivíduo tiver menos de 12 anos de escolaridade. Uma pontuação igual ou superior a 26 pontos é considerada normal (Guerreiro, 2010).

As propriedades psicométricas da versão original revelaram-se muito satisfatórias, com a escala a apresentar uma boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,83, elevada

fidedignidade teste-reteste, $r = 0,92$ ($p < 0,001$, ± 26 dias), equivalência linguística na língua Inglesa e Francesa e utilidade em vários contextos (hospitalar, comunitário e investigação). Quanto à validade concorrente, os resultados revelaram uma correlação elevada com os obtidos no *Mini Mental State Examination* ($r = 0,87$, $p < 0,001$), outro instrumento de avaliação breve da demência, amplamente difundido no âmbito clínico e de investigação (Guerrero-Berroa et al., 2009). O MoCA revelou-se eficaz na distinção entre os grupos de controlo, Défice Cognitivo Ligeiro (DCL) e Doença de Alzheimer (DA), sendo que a sua capacidade mostrou ser até superior à observada pelo MMSE. Desta forma, o MoCA detém uma distinta sensibilidade³ na identificação do DCL e da DA (90% e 100% respectivamente), comparativamente aos resultados do MMSE (18% e 78%). No que respeita à especificidade⁴, este instrumento possui uma “boa a muito boa” especificidade, mesmo sendo inferior à do MMSE (Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2010; Nasreddine et al., 2005).

A tradução da Versão Experimental Portuguesa do MoCA foi realizada por Simões, Firmino, Vilar e Martins (2007). Simões e colaboradores (2008), num estudo que realizaram com esta versão obtiveram boas propriedades psicométricas, nomeadamente um alfa de Cronbach de 0,92. Já ao nível da validade concorrente os resultados revelaram boas correlações com o MMSE e com as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR) (cit. por Freitas et al., 2010).

Neste trabalho, mais uma vez, não iremos recorrer ao ponto de corte do MoCA, mas aos resultados obtidos na(s) tarefa(s) de memória.

A tarefa de evocação da memória a curto-prazo (cinco pontos) envolve dois ensaios que consistem na aprendizagem de cinco substantivos e na evocação tardia após aproximadamente cinco minutos. Assim, na Evocação Imediata é pedido ao indivíduo que repita os cinco substantivos que o examinador leu. Depois do sujeito ter terminado a tarefa (independentemente se conseguiu dizer todas as palavras ou não) o examinador repete a mesma lista e o indivíduo terá novamente de as repetir. No fim deste segundo ensaio o examinador pede que memorize os substantivos porque no final do teste vai pedir que os repita (Evocação Diferida) (Nasreddine et al., 2005). Embora as tarefas iniciais não sejam cotadas, são essenciais para atingir o nosso objectivo, isto é, verificar os resultados obtidos na Evocação Diferida. Nesta tarefa o indivíduo terá de evocar a lista dos cinco substantivos da

³ A sensibilidade é à capacidade do teste de identificar correctamente as pessoas que verdadeiramente virão a sofrer/sofrem da doença.

⁴ A especificidade refere-se à capacidade do teste de identificar as pessoas que não irão sofrer/sofrem da doença.

tarefa Evocação Imediata, sendo atribuído um ponto por cada palavra recordada sem pista, com a pontuação máxima a poder ser de cinco pontos (Nasreddine et al., 2005).

2.3.4. Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)

A *Satisfaction with Life Scale* foi elaborada por Diener e seus colaboradores (1985) com o objectivo de avaliar a satisfação com vida, isto é o juízo subjectivo que cada indivíduo elabora sobre a qualidade da sua própria vida, não utilizando critérios impostos externamente (sociedade, ou investigadores) (Seco et al., 2005). A sua versão original continha 48 itens. Posteriormente, esta escala foi reduzida para 5 itens que são respondidos numa escala tipo Likert de sete pontos. Esta última versão possui boas propriedades psicométricas, incluindo elevada consistência interna e fidedignidade temporal. Uma mais-valia deste instrumento é o facto de ser apropriado a diferentes faixas etárias (Diener et al., 1985; Simões, 1992).

A versão da escala que utilizamos neste trabalho de investigação foi validada para a população Portuguesa por Simões (1992). É, assim, composta por cinco itens, com cinco alternativas de resposta (1) *discordo muito*, (2) *discordo um pouco*, (3) *não concordo, nem discordo*, (4) *concordo um pouco* e (5) *concordo muito*. A sua pontuação pode oscilar entre o cinco pontos e os 25 pontos, sendo que quanto maior a pontuação obtida, maior será a satisfação com a vida do sujeito (Simões, 1992). Quanto as suas propriedades psicométricas, estas revelam-se favoráveis, sendo que a escala apresenta uma consistência interna de $\alpha = 0,77$ e que a análise em componentes principais revelou uma estrutura factorial unidimensional com a escala no total a explicar 53,1% da variância (Simões, 1992).

2.3.5. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988)

A *Positive and Negative Affect Schedule* foi desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988), com a finalidade de avaliar o bem-estar subjectivo e a afectividade. A sua versão original contém 20 itens com cinco opções de resposta [*muito pouco ou nada* (1), *um pouco* (2), *assim, assim* (3), *muito* (4), *muitíssimo* (5)]. Dos vinte itens dez correspondem à componente positiva/Afecto Positivo (e.g., entusiasmo, inspiração, interesse) e os outros dez à componente negativa/Afecto Negativo (e.g., irritação, medo, nervosismo) (Simões, 1993; Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

A versão Portuguesa utilizada neste trabalho foi validada por Simões (1993). Esta versão é constituída por 22 itens tendo sido acrescentado um item a cada componente da escala original, isto é, mais um item ao Afecto Positivo (AP) e outro ao Afecto Negativo (AN); quanto às opções de resposta, estas mantêm-se relativamente à versão original (Simões, 1993). As questões que constituem esta escala são referentes à última semana.

Tendo em conta as suas propriedades psicométricas, Simões (1993) verificou que “efectivamente a análise dos itens revelou que os itens que foram adicionados apresentavam boas correlações item/total: melhores, em vários casos, que as dos itens originais. Por outro lado, só com os itens originais, os alfas de Cronbach seriam, respectivamente, para AP, 0,81 (contra 0,82) e, para AN, 0,83 (contra 0,85)” (p. 389). Quanto à fidelidade, Simões (1993) obteve índices aproximados aos estudos originais: 0,82, para o AP e 0,85, para AN. A Lista de Afectos Positivos e Negativos (PANAS) também revelou validade discriminante e de constructo, tendo em conta que se correlacionou com a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS).

2.3.6. Geriatric Anxiety Inventory (GAI, Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley, & Arnold, 2007)

O *Geriatric Anxiety Inventory* (GAI) foi desenvolvido por Pachana e equipa (2007) com o propósito de avaliar a ansiedade geriátrica. Este instrumento é uma ferramenta de triagem, de resposta rápida e de fácil administração. É constituída por 20 itens, em que as opções de resposta são “concordo” (um ponto) ou “discordo” (zero pontos), referindo-se à última semana. A pontuação poderá oscilar entre 0 pontos (mínimo) e 20 pontos (máximo) (Pachana et al., 2007).

O ponto de corte de 10/11, para a Perturbação de Ansiedade Generalizada na amostra psicogeriatrica, mostrou uma sensibilidade de 75% e especificidade de 84% (Pachana et al., 2007). O GAI apresentou boa validade convergente com o *Goldberg Anxiety and Depression Scale* (GADS: 0,57), o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI: -0,44), *Beck Anxiety Inventory* (BAI: 0,63), *Penn State Worry Questionnaire* (PSWQ: 0,70), *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS: 0,58) (Pachana et al., 2007).

A versão portuguesa utilizada neste estudo foi a versão experimental de Espírito-Santo e Daniel (2010).

No presente estudo não recorremos a pontos de corte para determinar graus de gravidade da sintomatologia ansiosa nos idosos, utilizando a pontuação total obtida na escala, como variável contínua.

2.3.7. Geriatric Depression Scale (GDS, Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983)

A *Geriatric Depression Scale* foi desenvolvida por Yesavage e equipa (1983) com o objectivo de avaliar a depressão geriátrica. Esta escala é a única escala de depressão desenvolvida exclusivamente para ser administrada em idosos.

A versão Portuguesa utilizada neste trabalho foi validada por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003). Esta versão é constituída por 30 itens, sendo que cada um deles pode ser pontuado zero ou um, sendo que a pontuação total pode oscilar entre 0 e 30 pontos. Por cada resposta afirmativa nos itens 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 atribui-se um ponto. Por sua vez, por cada resposta negativa nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se igualmente 1 ponto. As questões que constituem esta escala são referentes à última semana (Baldwin & Wild, 2004).

Quanto às propriedades psicométricas da GDS, elas revelaram-se satisfatórias apresentando uma consistência interna de $\alpha = 0,91$ e uma fidedignidade inter-avaliadores $K = 0,91$ (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009).

Relativamente à interpretação das pontuações obtidas, um resultado entre 0-10 revela ausência de depressão; um resultado entre 11-20 evidencia depressão ligeira e entre 21-30, verifica-se depressão grave (Barreto et al., 2003).

No presente estudo não recorremos a pontos de corte para determinar graus de gravidade da sintomatologia depressiva nos idosos, utilizando, de novo, a pontuação total obtida na escala, como variável contínua.

2.3.8. Rey 15-Item Test (Rey, 1964)

O *Rey 15-Item Test* (Rey, 1964; Simões et al., 2010) é um teste que pretende avaliar a simulação dos indivíduos, isto é, a produção intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos como evitar obrigação militar, evitar

o trabalho, obter compensações monetárias, escapar de acusações criminais ou adquirir narcóticos (DSM-IV-APA, 2002).

Este é constituído por duas páginas: evocação e reconhecimento. Sendo a página da evocação composta por 15 itens (letras, números e símbolos) distribuídos por três colunas com 5 linhas cada uma. Aquando da sua administração é explicado ao indivíduo que lhe vai ser mostrado um conjunto de itens durante dez segundos para que possa memorizá-los e para que de seguida os possa reproduzir de forma imediata numa folha de papel branca, assim que a folha estímulo seja removida do seu campo visual (Martin, 2002).

A página de reconhecimento contém os 15 itens anteriormente apresentados, interpolados com 15 itens semelhantes. O objectivo desta página é que o indivíduo reconheça, dos 30 itens apresentados, os 15 que lhe foram apresentados na folha estímulo (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002).

Particularmente, este é um teste que, embora apresentado como sendo de difícil realização, é na verdade muito fácil (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010). Assim, este teste tem por base estratégica a detecção da simulação, partindo da assunção que simulador ingénuo vai ser enganado e exagerar a sua tarefa, escolhendo uma execução pobre para uma tarefa simples (Boone et al., 2002).

Os pontes de corte representativos e indicados mais frequentemente na literatura são uma pontuação inferior a nove para o *ensaio de evocação imediata* e inferior a 20 para o *resultado combinado do ensaio de reconhecimento*. O *resultado combinado do reconhecimento* é igual ao número de *itens correctamente evocados* + (*número de itens correctamente reconhecidos* – *número de falsos positivos*) (Simões et al., 2010).

No nosso estudo optámos por recorrer ao ponto de corte de 9 para o ensaio de evocação imediata, apesar de estarmos cientes de que em idosos com problemas cognitivos se poderia justificar o recurso a um valor inferior a nove (Boone et al., 2002; Simões et al., 2010).

2.4. Análise estatística

Para a realização deste trabalho recorreremos a um programa informático de análise estatística, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.

Determinámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central e de dispersão e as medidas de assimetria e achatamento. Apesar do teste de normalidade de Kolmogorov-

Smirnov ter revelado que a pontuação na prova de memória (retenção e evocação) da Avaliação Breve do Estado Mental, na prova evocação diferida da Avaliação Cognitiva de Montreal, na pontuação nas dimensões Afecto Negativo e Afecto Positivo da Lista de Afectos Positivos e Negativos e na pontuação da Escala Satisfação com a Vida não apresentavam uma distribuição normal (com valores de $p \leq 0,001$), o que é frequente em amostras grandes (Pallant, 2007), conduzimos testes paramétricos em virtude da nossa amostra apresentar um n superior a 30.

Começámos por conduzir correlações do ponto-bisserial para explorar a presença de associações entre a memória a curto-prazo (MMSE e MoCA), a satisfação com a vida e a afectividade (afecto positivo e afecto negativo) e a variável sociodemográfica tipo de resposta social, que dicotomizámos.

De seguida, calculámos coeficientes de correlação de Pearson para testar as potenciais associações entre a memória a curto-prazo (quer através do MMSE, quer através do MoCA), a satisfação com a vida, o afecto positivo e o afecto negativo.

Calculámos correlações do ponto-bisserial para explorar potenciais associações entre as variáveis sociodemográficas género, idade, estado civil, grau de escolaridade e número de filhos e a variável memória a curto-prazo (MMSE; MoCA). Testes t de Student para amostras independentes permitiram explorar detalhadamente estas associações, através da comparação de médias. Coeficientes de correlação de Pearson permitiram-nos explorar as associações entre esta última variável e as sintomatologias depressiva e ansiosa (GDS; GAI).

Através de correlações do ponto-bisserial explorámos potenciais associações entre as variáveis sociodemográficas género, idade, estado civil, grau de escolaridade e número de filhos e as variáveis satisfação com a vida e afectividade (afecto positivo e afecto negativo). Testes t de Student para amostras independentes permitiram explorar detalhadamente estas associações, através da comparação de médias.

Explorámos, ainda, através do cálculo de coeficientes de correlação de Pearson, potenciais associações entre a sintomatologia depressiva (GDS) e ansiosa (GAI) (entre si, para explorar o modelo tripartido de Clark e Watson) e a satisfação com a vida e a afectividade (afecto negativo e afecto positivo).

Através de correlações do ponto-bisserial explorámos potenciais associações entre a variável Teste Rey 15 (variável que dicotomizámos com base no ponto de corte de ≤ 9) e as variáveis memória a curto-prazo (MMSE, MoCA), satisfação com a vida e afectividade (afecto positivo e afecto negativo). Testes t de Student para amostras independentes permitiram explorar detalhadamente estas associações, através da comparação de médias.

Com base nos resultados significativos encontrados, procedemos a diferentes análises de regressão múltipla multivariada para testar o papel preditivo das variáveis com as quais tinham sido encontradas associações significativas com as diferentes variáveis dependentes (VDs): a satisfação com a vida, o afecto positivo e o afecto negativo. Controlámos, quando se justificava, em função das análises prévias, o efeito das variáveis sociodemográficas, da sintomatologia depressiva e ansiosa e da variável simulação (Rey 15).

2.5. Amostra

A nossa amostra faz parte de um projecto mais alargado, pelo que a amostra total recolhida era constituída por 389 idosos. Excluímos 33 (8,1%) idosos por apresentarem *idade* inferior a 65 anos e 13 idosos (83,1%) por não saberem informar o examinador acerca da sua idade. Excluímos ainda três idosos (0,6%) por apresentarem um problema físico e dois idosos (0,5%) por apresentarem outro problema (e.g., AVC, problema visual, tremor, artrite ou surdez). Excluímos 30 idosos (7,2%) por recusarem verbalmente realizar a prova de *Avaliação Cognitiva de Montreal* ($n = 18$; 4,3%), a *Lista de Afectos Positivos e Negativos* ($n = 7$; 1,7%) e a *Escala de Satisfação com a Vida* ($n = 5$; 1,2%). Excluímos seis idosos (1,4%) devido a problema comportamental ou cognitivo (e.g., depressão e/ou demência). Eliminámos, ainda, por erro do avaliador dois idosos (0,4%). Por fim, eliminámos quatro idosos (1,4%) por não terem respondido à questão *número de filhos* e à questão *tipo de resposta social* ($n = 3$; 1,0%). No Quadro 1 apresentamos as variáveis sociodemográficas da nossa amostra. Esta é constituída por 283 idosos (66 homens; 23,3% vs. 217 mulheres; 76,7%). Verificámos que a nossa amostra total apresenta uma *idade* média de 80,2 anos ($DP = 6,58$), com os idosos a apresentarem entre os 65 e os 100 anos de idade. Considerando apenas os idosos do sexo masculino verificou-se uma idade média de 80,0 anos ($DP = 7,35$), enquanto que no sexo feminino a idade média foi de 80,3 ($DP = 6,35$). No que diz respeito ao *estado civil* verificamos que a maioria dos idosos é viúvo ($n = 172$; 60,8%), ainda que 56 idosos tenham ainda o seu cônjuge vivo, sendo casados (19,8%). Quanto ao *tipo de resposta social*, a grande maioria dos idosos encontra-se na modalidade Centro de Dia ($n = 183$; 64,7%), ainda que 79 idosos residam em Lar de idosos (27,9%). Analisando o *grau de escolaridade* verificámos que a maioria dos idosos relata possuir o ensino básico primário ($n = 99$; 35,0%), logo seguido pelos idosos que referem não saber ler/escrever ($n = 84$; 29,7%). Quanto ao *número de filhos*, a maioria dos idosos tem dois ou mais filhos ($n = 114$; 40,3%), logo seguida pelos idosos que têm apenas um filho ($n = 72$; 25,4%).

Quadro 1

Variáveis Sociodemográficas.

Variáveis Sociodemográficas	
Sexo	<i>n</i> (%)
Homens	66 (23,3)
Mulheres	217 (76,7)
Total	283 (100)
Idade	<i>M</i> (<i>DP</i>)
	Variação
Amostra total	80,2 (6,58)
	65-100
Total	283
Homens	80,0 (7,35)
	65-100
Total	66
Mulheres	80,3 (6,35)
	65-97
Total	217
Estado civil	<i>n</i> (%)
Solteiro(a)	34 (12,0)
Casado(a)	56 (19,8)
Divorciado(a)/Separado(a)	21 (7,4)
Viúvo(a)	172 (60,8)
Total	283 (100)
Resposta social	<i>n</i> (%)
Centro de convívio	10 (3,5)
Centro de Dia	183 (64,7)
Centro de Noite	11 (3,9)
Lar de idosos	79 (27,9)
Total	283 (100)
Grau escolaridade	<i>n</i> (%)
Não sabe ler/escrever	84 (29,7)
Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino	48 (17,0)
Ensino básico primário	99 (35,0)
Ensino básico preparatório	32 (11,3)
Ensino secundário/médio	9 (3,2)
Ensino superior	11 (3,9)
Total	283 (100)
Número de filhos	<i>n</i> (%)
Sem filhos	56 (19,8)
Um filho	72 (25,4)
Dois ou três filhos	114 (40,3)
Mais do que três filhos	41 (14,5)
Total	283 (100)

Notas: *n* = número total de sujeitos; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

No Quadro 2 apresentamos a pontuação média (e respectivos desvios-padrão) obtidos pela nossa amostra total e por género, nas variáveis prova de memória na Avaliação Breve do Estado Mental, prova de evocação diferida na Avaliação Cognitiva de Montreal, nas dimensões Afecto Positivo e Negativo da Lista de Afectos Positivos e Negativos e na Escala de Satisfação com a Vida. Verificámos que a nossa amostra total apresenta uma pontuação média na prova de memória na Avaliação Breve do Estado Mental de 4,3 (*DP* = 1,39). Já o sexo masculino apresenta uma média de 4,3 (*DP* = 1,37) nesta prova, com o sexo feminino a

apresentar a mesma média ($DP = 1,40$). Quanto à prova *evocação diferida* da Avaliação Cognitiva de Montreal verificamos que a amostra total apresenta uma pontuação média de 0,9 ($DP = 1,52$). Nesta prova o sexo masculino apresenta uma média de 0,7 ($DP = 1,36$) e o sexo feminino apresenta uma média de 1,0 ($DP = 1,56$). Na dimensão *Afecto Positivo* da Lista de Afectos Positivos e Negativos a amostra total apresenta uma média de 31,3 ($DP = 8,32$). Já o sexo masculino apresenta uma média de 31,9 ($DP = 9,53$). Ainda nesta dimensão, o sexo feminino apresenta uma média de 25,2 ($DP = 7,94$). Na dimensão *Afecto Negativo* a amostra total revela uma média de 24,5 ($DP = 9,49$). O sexo masculino apresenta uma média de 22,0 ($DP = 9,80$) e o sexo feminino revela uma média de 25,2 ($DP = 9,29$). Na *Escala de Satisfação com a Vida* verificamos que a amostra total apresenta uma pontuação média de 16,5 ($DP = 5,36$). Já o sexo masculino apresenta uma média de 17,1 ($DP = 5,54$). Finalmente o sexo feminino revela uma média de 16,4 ($DP = 5,30$).

Quadro 2

Pontuações Médias e Desvios-Padrão no MMSE (memória), MoCA (evocação diferida), PANAS (Afecto Positivo e Afecto Negativo), SWLS, GAI e GDS na Amostra Total e por Género.

Pontuações médias e desvios-padrão	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	Varição
MMSE (memória)			
Amostra total	283	4,3 (1,39)	0-6
Homens	66	4,3 (1,37)	0-6
Mulheres	217	4,3 (1,40)	0-6
MoCA (evocação diferida)			
Amostra total	283	0,9 (1,52)	0-5
Homens	66	0,7 (1,36)	0-5
Mulheres	217	1,0 (1,56)	0-5
PANAS (afecto positivo)			
Amostra total	283	31,3 (8,32)	12-79
Homens	66	31,9 (9,53)	15-79
Mulheres	217	31,1 (7,94)	12-53
PANAS (afecto negativo)			
Amostra total	283	24,5 (9,49)	11-53
Homens	66	22,0 (9,80)	11-53
Mulheres	217	25,2 (9,29)	11-47
SWLS			
Amostra total	283	16,5 (5,36)	5-25
Homens	66	17,1 (5,54)	5-25
Mulheres	217	16,4 (5,30)	5-25
GAI			
Amostra total	283	11,9 (6,27)	0-20
Homens	66	11,0 (6,56)	0-20
Mulheres	217	12,2 (6,16)	0-20
GDS			
Amostra total	283	13,0 (9,20)	0-28
Homens	66	12,5 (5,88)	1-26
Mulheres	217	13,2 (9,88)	0-28

Notas: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão

3. RESULTADOS

Neste estudo o primeiro objectivo passa por verificar se os idosos vivendo em Centro de Dia (envolvendo a permanência na instituição apenas durante o dia) *versus* vivendo em Lar de idosos (envolvendo a permanência na instituição 24 horas por dia) apresentam diferenças ao nível da memória a curto-prazo, tal como avaliado pela Avaliação Breve do Estado Mental (MMSE) e pela Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA), na afectividade (tal como avaliado pela Lista de Afectos Positivos e Negativos) e na satisfação com a vida, tal como avaliado pela Escala de Satisfação com a Vida. Caso estas diferenças se verifiquem, teremos de explorar os nossos objectivos seguintes, nomeadamente a associação entre memória a curto-prazo e satisfação com a vida e com a afectividade, separadamente, naquelas que designaremos de sub-amostra *Centro de dia* e sub-amostra *Lar*. Para testar esta hipótese dicotomizámos a variável tipo/modalidade de resposta social, que apresentamos no Quadro 3.

Quadro 3

Variável Resposta Social (categorizada).

Resposta social	n (%)
Centro de convívio/Centro de dia	193 (68,2)
Centro de noite/Lar de idosos	90 (31,8)
Total	283 (100)

As correlações do ponto-bisserial indicaram não existir associações estatisticamente significativas entre a variável resposta social e as variáveis acima referidas. Por este motivo, as análises subsequentes são conduzidas considerando a amostra total, sem atender à categorização da amostra por tipo de resposta social.

Assim, o nosso objectivo seguinte passou por estudar a associação existente entre memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afectividade. Interessava-nos verificar se idosos com pior resultado ao nível das provas de memória dos dois instrumentos de rastreio cognitivo (MMSE e MoCA) apresentavam pior satisfação com a vida, menor afecto positivo e maior afecto negativo.

Os coeficientes de correlação de Pearson permitiram verificar associações entre a memória a curto-prazo, a satisfação com a vida, o afecto positivo e o negativo, tal como apresentado no Quadro 4. Assim, os idosos com um resultado médio mais elevado na prova de memória do MMSE apresentaram maior satisfação com a vida, mais afecto positivo e menor afecto negativo. No caso da prova evocação diferida do MoCA, os idosos com um resultado médio mais elevado também apresentaram maior satisfação com a vida e mais

afecto positivo. Porém, não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa com o afecto negativo.

Quadro 4

Correlações entre Memória a Curto-Prazo, Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo†.

	<i>Prova de memória (MMSE)</i>	<i>Prova de evocação diferida (MoCA)</i>
Satisfação com a vida	0,135*	0,162**
Afecto Positivo	0,201**	0,158**
Afecto Negativo	-0,132*	NS

Notas: † Correlações de Pearson; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; NS = resultado não significativo

Atendendo ao facto da literatura apontar para associações entre algumas variáveis sociodemográficas e a memória a curto-prazo/declínio cognitivo, fomos também explorar estas associações na nossa amostra. Assim, começámos por dicotomizar as variáveis idade, escolaridade e estado civil. A variável género já se encontrava, naturalmente, dicotomizada. A encontrarmos associações significativas entre a variável memória (mas também entre as variáveis satisfação com a vida e afectividade – associações que iremos explorar mais à frente) e as variáveis sociodemográficas, importará controlá-las estatisticamente nas análises em que pretendemos verificar se um pior resultado na memória a curto-prazo (a nossa variável independente/VI de interesse) prediz pior satisfação com a vida, maior afecto negativo e menor afecto positivo (nossas variáveis dependentes/VDs). No Quadro 5 apresentamos estas variáveis dicotomizadas.

Dicotomizámos a variável idade com base na média da nossa amostra total ($M = 80,2$). É possível verificar que a maioria dos idosos possui 81 ou mais anos de idade ($n = 147$; 51,9%), embora um número também significativo apresente 80 anos ou menos de idade ($n = 136$; 48,1%). Dicotomizámos a variável estado civil da seguinte forma: *Sem parceiro* – solteiro(a) + divorciado (a) + viúvo(a); *Com parceiro* – casado(a) + união de facto. Procedemos a esta categorização por considerarmos que os idosos solteiros se “aproximam” mais dos idosos divorciados, separados ou viúvos do que dos idosos casados ou a viverem em união de facto. A maioria dos idosos não tem actualmente parceiro ($n = 227$; 80,2%). O grau de escolaridade foi categorizado da seguinte forma: *idosos que não frequentaram a escola versus idosos que frequentaram a escola*. Verificou-se que a maioria frequentou a escola ($n = 151$; 53,4%), mas um número também significativo não frequentou a escola ($n = 132$; 46,6%).

Quadro 5*Variáveis Sociodemográficas (categorizadas).***Variáveis sociodemográficas (categorizadas)**

Idade	<i>n</i> (%)
Idade \leq 80 anos	136 (48,1)
Idade \geq 81 anos	147 (51,9)
Total	283 (100)
Estado civil	<i>n</i> (%)
Sem parceiro	227 (80,2)
Com parceiro	56 (19,8)
Total	283 (100)
Grau de escolaridade	<i>n</i> (%)
Não frequentou a escola	132 (46,6)
Frequentou a escola	151 (53,4)
Total	283 (100)

As correlações do ponto-bisserial permitiram verificar a presença de associações entre a variável sociodemográfica escolaridade e a variável memória a curto-prazo de acordo com o MoCA ($r = -0,181$; $p = 0,002$), a mesma variável sociodemográfica e a variável idade e a memória a curto-prazo de acordo com o MMSE ($r = -0,129$; $p = 0,029$; $r = -0,138$; $p = 0,021$). Os testes t de Student para amostras independentes permitiram explorar detalhadamente as associações encontradas, comparando as médias entre categorias. Assim, no que diz respeito à variável escolaridade, os idosos que não frequentaram a escola apresentam uma pontuação mais baixa no MoCA ($M = 0,6$; $DP = 1,27$) do que os idosos que frequentaram a escola [$M = 1,1$; $DP = 1,67$; $t(281) = 3,000$; $p = 0,003$]. Ainda de acordo à variável escolaridade, os idosos que não frequentaram a escola apresentam uma pontuação mais baixa no MMSE ($M = 4,1$; $DP = 1,42$) do que os idosos que frequentaram a escola [$M = 4,4$; $DP = 1,36$; $t(281) = 2,133$; $p = 0,034$]. Quanto à variável idade, os idosos com idade ≥ 81 anos apresentaram uma pontuação mais baixa no MMSE ($M = 4,1$; $DP = 1,38$) do que os idosos com idade ≤ 80 anos [$M = 4,5$; $DP = 1,39$; $t(281) = 2,239$; $p = 0,026$].

Os coeficientes de correlação de Pearson permitiram testar, igualmente potenciais associações entre a variável memória a curto-prazo (MMSE; MoCA) e as variáveis sintomatologia depressiva (GDS) e ansiosa (GAI) (Quadro 6).

Quadro 6

Correlações entre a Variável Memória a Curto-Prazo (MMSE e MoCA) e a Sintomatologia Depressiva (GDS) e Ansiosa (GAI).

	<i>GAI</i>	<i>GDS</i>
MMSE	NS	-0,123*
MoCA	NS	NS

Notas: † Correlações de Pearson; * $p \leq 0,05$; NS = resultado não significativo

Fomos realizar correlações do ponto-bisserial para verificar a presença de associações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis satisfação com a vida e com a afectividade, antes de considerar a associação entre memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afectividade. As únicas associações estatisticamente significativas encontradas foram entre a variável Afecto Negativo e as variáveis género ($r = 0,163$; $p = 0,006$) e escolaridade ($r = 0,125$; $p = 0,035$). Os testes t de Student para amostras independentes permitiram explorar detalhadamente as associações encontradas, comparando as médias entre categorias. Assim, no que diz respeito à variável escolaridade, os idosos que não frequentaram a escola revelam maior Afecto Negativo ($M = 25,8$; $DP = 9,58$) do que os que frequentaram a escola [$M = 23,3$; $DP = 9,30$; $t(281) = -2,137$; $p = 0,033$]. Quanto à variável género foram as mulheres que revelaram maior Afecto Negativo ($M = 25,2$; $DP = 9,29$) por comparação com os homens [$M = 22,0$; $DP = 9,90$; $t(281) = -2,417$; $p = 0,021$].

Para além destas associações, visto que a literatura aponta para associações entre a sintomatologia ansiosa (avaliada através do GAI) e depressiva (avaliada através do GDS) e a satisfação com a vida e a afectividade nos idosos, quisemos verificar se estas associações também se encontravam presentes na nossa amostra, para além, mais uma vez, da associação entre memória a curto-prazo e as referidas variáveis. Mais uma vez, se tal sucedesse, teríamos de controlar estas variáveis nas análises seguintes. As correlações de Pearson (Quadro 7) revelaram que os idosos com sintomatologia ansiosa apresentam menor satisfação com a vida e maior afecto negativo (o valor do coeficiente de Pearson entre as variáveis sintomatologia ansiosa e afecto negativo é, inclusivé, grande, de acordo com Cohen, 1988). Não foi encontrada associação com o afecto positivo. No que diz respeito à sintomatologia depressiva, verificou-se que os idosos com sintomatologia depressiva apresentam menor satisfação com a vida, menos afecto positivo e maior afecto negativo.

Quadro 7

Correlações entre Sintomatologia Depressiva (GDS) e Ansiosa (GAI) Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo†.

	<i>GAI</i>	<i>GDS</i>
GAI	1	0,471***
GDS	0,471***	1
Satisfação com a vida	-0,310***	-0,326***
Afecto Positivo	NS	-0,285***
Afecto Negativo	0,674***	0,340***

Notas: † Correlações de Pearson; *** $p \leq 0,001$; NS = resultado não significativo

No Quadro 8 apresentamos a pontuação média ($M = 6,5$; $DP = 5,51$) obtida pela nossa amostra no teste Rey 15. Com base no ponto de corte ≤ 9 , dicotomizámos esta variável, que apresentamos nesse quadro. Confirmámos a pertinência de optar por este ponto de corte, dado que nesta amostra, e com base na pontuação total na prova MoCA, ao dicotomizarmos a variável com base na média e desvio-padrão na amostra total ($M = 12,1$; $DP = 6,09$), uma percentagem elevada de idosos apresenta défice cognitivo grave (idosos com pontuação total no MoCA inferior ou igual a 18) ($n = 237$; 83,7% vs. $n = 46$; 16,3%).

Quadro 8

Pontuação Média e Desvio-Padrão no Rey 15 na Amostra Total.

Rey 15	<i>M (DP)</i> <i>Varição</i>
Amostra total	6,5 (5,51) 0-55
Total	190
Rey 15	<i>n (%)</i>
Pontuação ≤ 9	149 (78,4)
Pontuação ≥ 10	41 (21,6)
Total	138

Notas: n = número total de sujeitos; M = Média; DP = Desvio-padrão

As correlações do ponto-bisserial (Quadro 9) revelaram que a pontuação obtida no *Rey 15-item* se encontra estatisticamente associada à pontuação obtida no MMSE e no MoCA e ao afecto positivo e ao afecto negativo. Conduzimos testes t de Student para verificar o sentido das associações encontradas. Os idosos que não simularam apresentaram pontuação mais elevada no MMSE ($M = 5,3$; $DP = 1,00$) do que os que simularam [$M = 4,2$; $DP = 1,32$; $t(188) = 5,727$; $p \leq 0,001$]. Os idosos que não simularam apresentaram pontuação mais elevada no MoCA ($M = 2,0$; $DP = 1,73$) do que os que simularam [$M = 0,9$; $DP = 1,60$; t

(188) = 3,594; $p = 0,001$]. Os idosos que não simularam apresentaram maior afecto positivo ($M = 35,0$; $DP = 8,44$) do que os que simularam [$M = 31,4$; $DP = 8,39$; $t(188) = 2,439$; $p = 0,018$]. Da mesma forma, os idosos que não simularam apresentam menor afecto negativo ($M = 21,3$; $DP = 8,71$) do que os que simularam [$M = 24,6$; $DP = 9,63$; $t(188) = -2,109$; $p = 0,039$]. Com base neste resultado, apesar dos resultados significativos prévios encontrados, podemos afirmar a presença de simulação na nossa amostra, pelo que para além das variáveis sociodemográficas, sintomatologia depressiva e ansiosa com as quais encontrámos associações significativas, também teremos que controlar o efeito desta variável nas análises subsequentes.

Quadro 9

Correlações do Ponto-Bisserial entre o Rey 15-Item, Satisfação com a Vida, Afecto Positivo e Afecto Negativo†.

	Rey 15
MMSE	-0,303 ***
MoCA	-0,345***
Satisfação com a vida	NS
Afecto Positivo	-0,176*
Afecto Negativo	0,144*

Notas: † Correlações de Pearson; * $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,001$; NS = resultado não significativo; MMSE= Avaliação Breve do Estado Mental MoCA = Avaliação Cognitiva de Montreal.

De seguida conduzimos inicialmente uma análise de regressão múltipla multivariada, para verificar o papel preditivo das variáveis memória a curto-prazo (de acordo com o MoCA e de acordo com o MMSE), controlando o papel das variáveis sociodemográficas escolaridade e idade, da sintomatologia ansiosa (GAI) e depressiva (GDS) e da variável simulação (Rey 15) para a VD satisfação com a vida (SWLS). Quando realizamos análises de regressão múltipla temos que atender ao cumprimento de vários pressupostos: tamanho da amostra, multicolinearidade e ausência de valores extremos (Pallant, 2007). Neste caso, querendo incluir sete variáveis, quanto ao pressuposto sobre o tamanho da amostra, atendendo à fórmula apresentada por Tabachnick & Fidell (2007, p. 123), que tem em conta o número de preditores/VIs que pretendemos analisar (N tem de ser $> 50+8m$; onde m corresponde ao número de VIs), o N necessário para realizar a análise seria de 106 sujeitos, cumprindo-se, então, a assumpção (n disponível para análise = 190). Quanto à presença potencial de multicolinearidade entre as variáveis independentes (ocorre quando se verificam intercorrelações elevadas entre o conjunto de potenciais variáveis predictoras: quando dois ou

mais preditores contêm muita da mesma informação), os valores de tolerância e de *Variance inflation factor* (VIF) (os indicadores mais importantes de multicolinearidade de todas as variáveis inseridas na análise) revelaram ausência de multicolinearidade: valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a dez (Pallant, 2007). No entanto, a matriz de correlações entre as variáveis comprometeu o recurso às variáveis sintomatologia depressiva (GDS) e ansiosa (GAI), por apresentarem correlações entre si superiores a 0,5 (0,797) (Leech, Barret, Morgan, Clay, & Quick, 2005). Optámos por manter nas análises seguintes a variável sintomatologia depressiva, por apresentar uma correlação maior com a VD (SWLS) mas com um valor inferior a 0,5. Conduzimos, então, uma nova análise já sem a variável sintomatologia ansiosa. Incluindo seis VIs, o pressuposto do tamanho da amostra continuou, naturalmente, a cumprir-se (n necessário = 98). Nesta análise não se verificou a presença de multicolinearidade (de acordo com os valores de Tolerância e VIF e a matriz de correlações), mas necessitámos de excluir um sujeito por apresentar um valor *ZResidual* superior a 2,5 (Pallant, 2007).

No Quadro 10 apresentamos a análise de regressão múltipla hierárquica incluindo num 1º passo as VIs escolaridade e idade. Estas não explicaram qualquer variância da satisfação com a vida (0,5%; $p = 0,646$). Depois de introduzirmos no 2º passo as variáveis sintomatologia depressiva (GDS) e simulação (Rey 15), estas explicaram 24,6% da variância da satisfação com a vida. Depois de introduzirmos no 3º passo as variáveis MoCA e MMSE, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 24,9%; $F(6, 189) = 10,056$; $p \leq 0,001$. Apesar deste facto, estas duas variáveis não explicaram uma percentagem adicional significativa da variância na satisfação com a vida ($p = 0,733$), depois de controlar as variáveis introduzidas no 1º e 2º passo. Se consideramos a contribuição independente de todas as variáveis introduzidas na equação, somente a variável sintomatologia depressiva ($\beta = -0,498$) ofereceu uma contribuição estatisticamente significativa ($\leq 0,05$) para a VD. Estes valores representam a contribuição única de cada variável, quando os efeitos de todas as outras variáveis foram estatisticamente removidos.

Quadro 10*Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo a Satisfação com a Vida.*

Preditor	Satisfação com a vida	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,005 (NS)	
Escolaridade		0,121
Idade		0,022
Passo 2	0,246 ***	
GDS		-0,498***
Rey 15		0,077 (NS)
Passo 3	0,249 (NS)	
MoCA		0,050 (NS)
MMSE		0,013 (NS)
Total R²	0,500	
F (modelo final)	10,056***	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação, β = *Peso matemático de cada variável no modelo de regressão*; *** $p < 0,001$; MMSE = *Avaliação Breve do Estado Mental* MoCA = *Avaliação Cognitiva de Montreal*.

Realizámos, posteriormente, uma análise de regressão múltipla multivariada, para verificar o papel preditivo das variáveis memória a curto-prazo (de acordo com o MoCA e de acordo com o MMSE), controlando o papel das variáveis sociodemográficas escolaridade e idade, as variáveis sintomatologia depressiva (GDS) e simulação (Rey 15) para a VD afecto positivo (PANAS). Querendo incluir seis variáveis na análise, quanto ao pressuposto sobre o tamanho da amostra, atendendo à fórmula apresentada por Tabachnick & Fidell (2007, p. 123), o N necessário para realizar a análise seria, de novo, de 98 sujeitos, cumprindo-se, então, a assumpção (n disponível para análise = 190). Quanto à presença potencial de multicolinearidade entre as variáveis independentes, os valores de tolerância e de *Variance inflation factor* (VIF) de todas as variáveis inseridas na análise revelaram ausência de multicolinearidade: valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a dez (Pallant, 2007). Igualmente, a matriz de correlações entre as variáveis não comprometeu o recurso a nenhuma das variáveis, porque todas apresentaram correlações entre si inferiores a 0,5 (Leech et al., 2005). Nesta análise necessitámos de excluir um sujeito por apresentar um valor *ZResidual* superior a 2,5 (Pallant, 2007).

No Quadro 11 apresentamos a análise de regressão múltipla hierárquica incluindo num 1º passo/bloco as variáveis idade e escolaridade. Estas não explicaram qualquer variância do afecto positivo (0,8%; $p = 0,486$). Depois de introduzirmos no 2º passo as variáveis sintomatologia depressiva (GDS) e simulação (Rey 15) estas explicaram 11,3% da variância

do afecto positivo ($p \leq 0,001$). Depois de introduzirmos no 3º passo as variáveis MoCA e MMSE, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 12,1%; $F(6,189) = 4,156$; $p = 0,001$. Apesar deste facto, estas duas variáveis não explicaram uma percentagem adicional significativa da variância no afecto positivo ($p = 0,468$), depois de controlar as variáveis introduzidas no 1º e 2º passo. Se consideramos a contribuição independente de todas as variáveis introduzidas na equação, somente a variável sintomatologia depressiva ($\beta = -0,249$) ofereceu uma contribuição estatisticamente significativa ($\leq 0,05$) para a VD. Estes valores representam a contribuição única de cada variável, quando os efeitos de todas as outras variáveis foram estatisticamente removidos.

Quadro 11

Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o Afecto Positivo.

Preditor	Afecto positivo	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,008 (NS)	
Escolaridade		-0,053(NS)
Idade		0,016 (NS)
Passo 2	0,113 ***	
GDS		-0,249***
Rey 15		-0,103 (NS)
Passo 3	0,121 (NS)	
MoCA		0,036 (NS)
MMSE		0,078 (NS)
Total R²	0,242	
F (modelo final)	4,181***	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação, β = *Peso matemático de cada variável no modelo de regressão*; *** $p < 0,001$; MMSE = *Avaliação Breve do Estado Mental* MoCA = *Avaliação Cognitiva de Montreal*.

Por último, conduzimos uma análise de regressão múltipla multivariada, para verificar o papel preditivo das variáveis memória a curto-prazo (de acordo com o MMSE), controlando o papel das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e género, as variáveis sintomatologia depressiva (GDS), sintomatologia ansiosa (GAI) e simulação (Rey 15) para a VD afecto negativo (PANAS). Querendo incluir sete variáveis na análise, quanto ao pressuposto sobre o tamanho da amostra, atendendo à fórmula apresentada por Tabachnick & Fidell (2007, p. 123), o N necessário para realizar a análise seria de 106 sujeitos, cumprindo-se, então, a assumpção (n disponível para análise = 190). Quanto à presença potencial de multicolinearidade entre as variáveis independentes, os valores de tolerância e de *Variance*

inflation factor (VIF) de todas as variáveis inseridas na análise revelaram ausência de multicolinearidade: valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a dez (Pallant, 2007). Porém, a matriz de correlações entre as variáveis comprometeu o recurso às variáveis sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa, porque apresentaram correlações entre si e com a VD superiores a 0,5 (0,797; 0,639 e 0,698) respectivamente (Leech et al., 2005).

Assim, conduzimos nova análise de regressão múltipla multivariada para analisar o papel preditivo das variáveis memória a curto-prazo (de acordo com o MMSE), controlando o papel das variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, género e simulação (Rey 15) para a VD afecto negativo (PANAS). Incluindo cinco variáveis na análise, quanto ao pressuposto sobre o tamanho da amostra, atendendo à fórmula apresentada por Tabachnick & Fidell (2007, p. 123), o N necessário para realizar a análise seria de 90 sujeitos, cumprindo-se, então, a assumpção (n disponível para análise = 190). Quanto à presença potencial de multicolinearidade entre as variáveis independentes, os valores de tolerância e de *Variance inflation factor* (VIF) de todas as variáveis inseridas na análise revelaram ausência de multicolinearidade: valores de tolerância superiores a 0,10 e de VIF inferiores a dez (Pallant, 2007). A matriz de correlações entre as variáveis não comprometeu o recurso a nenhuma variável (Leech et al., 2005). Nesta análise não se verificou a presença de valores extremos.

No Quadro 12 apresentamos a análise de regressão múltipla hierárquica incluindo num 1º passo/bloco as VIs idade, escolaridade e género. Estas não explicaram qualquer valor da variância do afecto negativo ($p = 0,114$). Depois de introduzirmos no 2º passo a variável Rey 15; a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 5,0%; $F(4, 189) = 2,428$; $p = 0,049$, depois de controlar as variáveis introduzidas no 1º passo. Depois de introduzirmos no 3º passo a variável MMSE, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 7,0%; $F(5, 189) = 2,779$; $p = 0,019$; depois de controlar as variáveis introduzidas no 1º e no 2º passo. Se consideramos a contribuição independente de todas as variáveis introduzidas na equação, somente a variável MMSE ($\beta = -0,152$) ofereceu uma contribuição estatisticamente significativa ($\leq 0,05$) para a VD. Estes valores representam a contribuição única de cada variável, quando os efeitos de todas as outras variáveis foram estatisticamente removidos. Nesta análise não se verificou a presença de valores extremos.

Quadro 12*Regressão Múltipla Hierárquica Predizendo o Afecto Negativo.*

Preditor	Afecto negativo	
	ΔR^2	β
Passo 1	0,031 (NS)	
Idade		-0,115 (NS)
Escolaridade		0,106 (NS)
Género		0,114 (NS)
Passo 2	0,050 (NS)	
Rey 15		0,089 (NS)
Passo 3	0,070**	
MMSE		-0,152**
Total R^2	0,151	
F (modelo final)	2,779**	

Notas: R^2 = Coeficiente de determinação, β = *Peso matemático de cada variável no modelo de regressão*; ** $p < 0,05$; MMSE= Avaliação Breve do Estado Mental

4. CONCLUSÃO/DISCUSSÃO

Neste estudo pretendíamos, num primeiro momento, verificar se existiam diferenças nas variáveis centrais do nosso estudo e entre as quais queríamos explorar associações, isto é, pretendíamos analisar se a memória a curto-prazo, satisfação com a vida e afectividade diferiam entre os idosos residindo em Lares ou frequentando Centro de Dia. A escassez de estudos a este nível, reforça a importância de analisar potenciais diferenças entre idosos institucionalizados *versus* não-institucionalizados.

Porém, antes mesmo de nos referirmos ao nosso objectivo central, importa comparar as médias e desvios-padrão obtidos pela nossa amostra na Escala de Satisfação com a Vida com os resultados obtidos nos estudos de validação desta escala validada por Simões (1992). Contudo temos que ter em conta que a amostra no estudo de validação deste instrumento foi constituída por estudantes universitários e adultos, de diversas idades e categorias profissionais, com uma idade média de 40,89 ($DP = 17,63$) (Simões, 1992). Comparando, assim, os resultados obtidos no estudo de Simões (1992) com os resultados do nosso estudo, as médias obtidas por género são semelhantes [Homens, $M = 17,2$ (DP , não apresentado) vs. 17,1 ($DP = 5,54$), respectivamente; Mulheres, $M = 15,9$ (DP , não apresentado) vs. 16,4 ($DP = 5,30$), respectivamente]. Não nos foi possível comparar os resultados obtidos na nossa amostra relativamente à Lista de Afectos Positivos e Negativos (PANAS) porque Simões (1993) não apresenta estes mesmos resultados no seu estudo de validação.

Voltando então ao nosso objectivo essencial, não verificámos diferenças em nenhuma das variáveis, com o tipo de resposta social a não parecer estar associado ao resultado obtido pelos idosos nos subtestes de memória, em termos de satisfação com a vida e de afectividade (quer afecto negativo, quer afecto positivo). Poderia ser esperado, de acordo com a escassa literatura sobre estas associações que existissem diferenças, porque como refere Argimon e Stein (2005), Plati e colaboradores (2006) e Zandi (2004) a institucionalização parece estar associada a um pior desempenho cognitivo dos idosos. Relativamente à satisfação com a vida também seria esperado que esta apresentasse associações com o tipo de resposta social pois de acordo com Oliveira e colaboradores (2006) e Rahman (2006) os idosos que vivem em suas casas e frequentam diariamente centros de dia como actividade social apresentam mais sentimentos de que a sua vida tem um significado e um objectivo, o que consequentemente reflectirá uma maior satisfação com a vida. Quanto à afectividade de acordo com a literatura, os idosos não-institucionalizados apresentam maior afecto positivo e menor afecto negativo. A história de vida está associada ao local onde a pessoa viveu, sendo que os idosos estão emocionalmente “ligados” à sua casa (Paúl, 1996, cit. por Esteves, 2003). Assim, o facto dos afectos negativos estarem mais presentes em idosos institucionalizados está muitas vezes associado com o desânimo, depressão e incapacidade excessiva (monotonia) e ao facto de terem abandonado a sua casa (Esteves, 2003). Contudo no nosso estudo a ausência de associações entre as variáveis acima referidas e o tipo de resposta social, pode dever-se ao facto de muitos idosos que estão em centro de dia, ao regressarem no final do dia a sua casa ficam sozinhos, mantendo o sentimento de solidão e monotonia, semelhante aos sentimentos descritos por idosos institucionalizados (Fernandes, 2011).

Depois de verificada a ausência de diferenças nas três variáveis em idosos frequentando Centros de dia e residindo em Lares, fomos, na amostra total, explorar as associações existentes entre a variável memória a curto-prazo tal como avaliada pelos subtestes do MMSE e do MoCA e a satisfação com a vida (SWLS) e a afectividade (PANAS). Os resultados apontam no sentido da literatura, visto que os idosos com uma pontuação média mais elevada nesses subtestes apresentam maior satisfação com a vida, maior afecto positivo e menor afecto negativo (pelo menos segundo o MoCA) (associação negativa entre as variáveis) (Ashby et al., 1999; Cheng, 2006; Singh & Jha, 2008).

No que concerne a associação entre a variável escolaridade e a variável memória a curto-prazo avaliada através do MoCA verificou-se uma associação pequena (Cohen, 1988) mas significativa ($r = -0,181$). Este dado faz sentido na medida em que, de acordo com Jonker et al., (2000), os idosos que apresentem um baixo nível de escolaridade apresentam

uma mais elevada prevalência de queixas de memória. No que diz respeito à associação entre a variável idade e a variável memória, idosos com idade superior a 81 anos apresentam uma pontuação mais baixa no MMSE ($M = 4,1$; $DP = 1,38$) do que os idosos com idade inferior ($M = 4,5$; $DP = 1,39$), tais resultados vêm mais uma vez corroborar a literatura (Craik, 1994; Mather & Carstensen, 2005).

Dado que estávamos cientes da importância de controlar em análise subsequente a sintomatologia depressiva e ansiosa dos idosos e o papel de determinadas variáveis sociodemográficas antes de explorar a associação entre a memória a curto-prazo com a satisfação com a vida e com a afectividade, foi interessante verificar que, de acordo com a literatura, as mulheres relatam valores mais elevados de afecto negativo (menor afecto positivo) (Esteves, 2003; Mroczek & Kolarz, 1998). No que diz respeito à escolaridade, e de novo, estando de acordo com a literatura, os idosos que não frequentaram a escola apresentam maior afecto negativo (Mroczek & Kolarz, 1998). De acordo com a literatura, o conceito de afecto negativo sobrepõe-se ao de neuroticismo (Rusting & Larsen, 1997). Segundo vários autores, os indivíduos com elevado neuroticismo usualmente mencionam mais afecto negativo do que os indivíduos com baixo neuroticismo (Rusting & Larsen, 1997; Silvia & Warburton, 2006; Tamir & Robinson, 2004). Rusting e Larsen (1997) referem ainda que indivíduos extrovertidos são particularmente susceptíveis ao afecto positivo, enquanto que os indivíduos neuróticos são particularmente susceptíveis ao afecto negativo. Assim o afecto positivo correlaciona-se positivamente com a extroversão e negativamente com o neuroticismo; o afecto negativo correlaciona-se positivamente com o neuroticismo e negativamente com a extroversão (Watson, 2000).

Verificamos que os idosos com maior sintomatologia ansiosa apresentam menos satisfação com a vida e maior afecto negativo, e idosos com maior sintomatologia depressiva mostram menor satisfação com a vida, menor afecto positivo e maior afecto negativo é congruente com a literatura que mostra que idosos que apresentem maior sintomatologia ansiosa e/ou depressiva encontram-se mais predispostos a apresentar menor satisfação com a vida (John & Montgomery, 2010; Silveira & Ebrahim, 1995). Valores mais elevados de afecto negativo associam-se também a níveis mais elevados de ansiedade. Já o afecto positivo está mais intimamente ligado à depressão, com os idosos que apresentam valores mais elevados de afecto positivo, a revelarem níveis mais baixos de depressão (Burns et al., 2010; Panagopoulou et al., 2006).

Da mesma forma, os nossos resultados confirmam o modelo tripartido (Clark & Watson, 1991) que refere que sintomatologia depressiva e ansiosa se sobrepõem, mas que

não são a mesma coisa, podendo ser diferenciadas a partir do afecto positivo e da hiperactivação fisiológica. Assim, o afecto negativo é comum em ambas as sintomatologias (cit. por Anderson & Hope, 2008; Watson et al., 1995). O nosso estudo corroborou este modelo visto que se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação média no GDS e a pontuação média no GAI (0,471; $p < 0,001$), o que de acordo com Cohen (1992) se trata de uma associação forte. Por outro, lado, o afecto negativo revelou associação estatisticamente significativa, quer com o GAI (0,674; $p < 0,001$), quer com o GDS (0,340; $p < 0,001$). No entanto, o afecto positivo apenas se revelou associado de forma estatisticamente significativo (e negativamente) com o GDS (-0,285; $p < 0,001$).

No que diz respeito às análises preditivas, o único preditor da satisfação com a vida foi a sintomatologia depressiva. A literatura revela, de facto como já referido, associações entre estas duas variáveis (Silveira & Ebrahim, 1995). O facto de termos encontrado esta relação preditora leva-nos a reflectir sobre a importância de tentar reduzir, na população idosa esta sintomatologia, o que consequentemente, levará a uma maior satisfação com a vida.

No caso do afecto positivo, também apenas a sintomatologia depressiva se revelou um preditor significativo, pelo que a sintomatologia depressiva aumenta a probabilidade dos idosos revelarem baixo afecto positivo. Não deixa de ser curioso que a literatura refira associações entre a satisfação com a vida e afecto positivo (Diener et al., 1985; Singh & Jha, 2008) e associação entre afecto positivo e menor sintomatologia depressiva (Burns et al., 2010). Este novo resultado volta a reforçar a importância de se procurar trabalhar a sintomatologia depressiva junto dos idosos. Através da promoção da interacção social como ir a festas, ir à praia, ao *shopping* entre outras actividades, os idosos sentem-se felizes e um pouco mais inseridos na sociedade, promovendo assim que os idosos não caiam no isolamento e na monotonia. A terapia ocupacional também é muito importante pois tem como objectivo diminuir o impacto do envelhecimento, promovendo a auto-suficiência e independência. O trabalho feito com os idosos é no sentido de redistribuir o seu tempo, diminuir o grau de inactividade, dependência e isolamento social. Assim, tentamos promover a motivação, auto-estima, bem como aumentar os níveis de autonomia e independência. Não menos importante que as outras terapias o acompanhamento psicológico do idoso é um aspecto fundamental, pois é naqueles 45 minutos que o idoso nos transmite as suas preocupações e angústias, mas apesar disso o idoso sabe que naquele momento a atenção do psicólogo está direccionada para ele, e o importante é o seu bem-estar.

No que diz respeito ao afecto negativo, depois de termos que excluir as variáveis sintomatologia depressiva e ansiosa da análise, a memória a curto-prazo avaliada através do

MMSE revelou-se um preditor significativo. Assim, este resultado independentemente do declínio na memória existir por si só, ou estar associado à sintomatologia depressiva (como causa ou consequência) este resultado refere a importância da introdução da reabilitação cognitiva junto dos idosos. A reabilitação cognitiva é um processo terapêutico que visa melhorar algumas capacidades cognitivas como a atenção, memória, execução de tarefas entre outros, a partir de um programa de reabilitação adequado ao indivíduo com problemas cognitivos, mas também indicada em indivíduos com alterações cognitivas, nomeadamente na memória, atenção, linguagem capacidade viso-espacial e associação de ideias (Camara et al., 2009; Clare, 2010). O foco está na redução da incapacidade funcional e maximizar o envolvimento na actividade e na participação social (Clare et al., 2010).

Com a realização deste estudo surgiram algumas limitações, uma delas refere-se ao facto deste estudo ser transversal não permitindo assim referir causa-efeito, isto é, não podemos afirmar a causalidade ou a direcção das associações encontradas. Por exemplo, poderá o afecto negativo, em vez de consequência, ser antes causa do prejuízo na memória a curto-prazo? É possível que as diversas relações encontradas sejam mais bidireccionais que unidireccionais. Assim, no futuro gostaríamos, num estudo longitudinal, de analisar as associações encontradas para podermos explorar a sua direcção. Outra possível limitação diz respeito ao facto de avaliarmos a memória a curto-prazo com apenas duas tarefas isoladas e não com uma bateria de testes específicos, o que pode ter condicionado os resultados. Salientamos ainda o facto da escala de satisfação com a vida avaliar este constructo no geral, e não as suas diversas dimensões, tal como realizado noutros estudos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Anderson, E., & Hope, D. (2008). A review of the tripartite model for understanding the link between anxiety and depression in youth. *Clinical psychology review*, 28, 275–287. doi: 10.1016/j.epr.2007.05.004

Argimon, I.I.L., & Stein, L.M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Caderno de Saúde Pública*, 21(1), 64-72.

Ashby, F. G., Isen, A. M., & Turken, A.U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.

Baddeley, A. (2000). Memory in the Laboratory: Short-Term and Working Memory (Tulving, E., & Craik, F.) *The Oxford Handbook of Memory* (pp. 76-92). New York: Oxford University Press Inc.

Baird, B., Lucas, R., & Donnellan, M. (2010). Life satisfaction across the lifespan: Findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*, 99, 183–203. doi: 10.1007/s11205-010-9584-9

Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.

Berger, A. K., Fratiglioni, L., Winblad, B., & Bäckman, L. (2005). Alzheimer's Disease and depression: preclinical comorbidity effects on cognitive functioning: Special Section on "Cognition and ageing brain". *Cortex*, 41, 603-612.

Birren, J., & Cunningham, W. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory. In J. E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. Nova Iorque: Von Nostrand, Rheinhold.

Boone, K.B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey 15-item Memorization Test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573.

Burns, A., & Zaudig, M. (2002). Mild cognitive impairment in older people. *Lancet*, 360, 1963-1965.

Burns, R., Anstey, K., & Windsor, T. (2010). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 240–248.

Butters, N., Delis, D., & Lucas, J. (1995). Clinical Assessment of Memory Disorders in Amnesia and Dementia. *Annual Review of Psychology*, 46, 493-523.

Calixto, E., & Martins, H. (2010). *Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho, Portugal.

Camara, V. D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. A., Ramos, P. A. F., Lima, J. A. M. C., Camara, I. C. G., Silva, L. E., Silva, A. B., Ribeiro, M. C., & Fonseca, A. A., (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25-33.

Charchat-Fichman, H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o Envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(12), 79-82.

Charcot, J. M. (1890). *Maladies des vieillards, Goutte et rhumatisme*. Em *Oeuvres complètes de J. M. Charcot* (Vol. VII). Paris: Progrès médical, Lecrosnier et Babé. Acedido em 2011, Setembro 10, de [http://jubilotheque.upmc.fr/ead.html?id=CH_00000073#!{"content":\["CH_00000073_e000025",false,""\]}](http://jubilotheque.upmc.fr/ead.html?id=CH_00000073#!{).

Cheng, S. (2006) Negative emotions make positive emotions more salient in wellbeing appraisal, *Journal of Personality and Individual Differences*, 40, 557-567.

Clare, L., Linden, D., Woods, R., Whitaker, R., Evans, S., Parkinson, C., ... Rugg, M., (2010). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: a single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-12.

Clare L, W. B. (2010). Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage. *Alzheimer's disease and vascular dementia*, 1-39.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112,155-159.

Constâncio, J. P. (2008). *Contributo para a adaptação do Teste de Corsi à população idosa Portuguesa*. Monografia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Craik, F. (1994). Memory Changes in Normal Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 3(5), 155-158.

Cushman J., & Abeles N. (1998). Memory complaints in the able elderly. *Clinical Gerontology*, 19(2), 3-25.

Diener, ED., Emmons, R. A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

Esteves, M. F.S. (2003): *A Actividade Física, as Autopercepções Físicas, a Felicidade e os Afectos de Adultos Idosos*. Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Ciências do Desporto, na Área de Especialização de Actividade Física para a Terceira Idade. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física - Universidade do Porto.

Fernandes, M. (2011): *Relação entre Bem-Estar Subjectivo, Saúde Física e Mental do Idoso Sob Resposta Social*. Dissertação apresentada com vista à obtenção de Grau de Mestre em Psicoterapia e Psicologia Clínica. Escola de Altos Estudos - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Freitas, S., Simões, M. R., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população Portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345-357.

Gonçalves, R. (2010). *Avaliação do Abuso no idoso em contexto institucional: lares e centros de dia*. Dissertação de Mestrado em Medicina Legal, Universidade Abel Salazar, Porto.

Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspetiva prática. *Dossier: demências*, 26, 46-53.

Guerrero-Berroa, E., Luo, X., Schmeidler, J., Rapp, M. A., Dahlman, K., Grossman, H. T... Beeri, M. S. (2009). The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1429-1437.

Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2009). Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: Na Analysis for Germany. IZA Discussion Paper, 4053, 1-37.

Hernández, C., Fernández, V., & Alonso, T., (2009). Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37(2), 61-67.

Isaacowitz, D. (2005). Correlates of well-being in adulthood and old age: A tale of two optimisms. *Journal of Research in Personality*, 39, 224-244. doi: 10.1016/j.jrp.2004.02.003

John, P., & Montgomery, P. (2010). Cognitive impairment and life satisfaction in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 814-821.

- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 131-138.
- Jonker, C., Geerlings, M. J., & Schmand, R. (2000). Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 983-991.
- Júnior, R., & Tavares, M. (2005). A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 147-58.
- Junior, J., Silva, R., Gomes, G., Paes, E., & Bastos, O. (2010) Teoria da mente e depressão em idosos institucionalizados. *Neurobiologia*, 73(3), 143-149.
- Kercher, K. (1992). Assessing Subjective Well-Being in the Old-Old: The PANAS as a Measure of Orthogonal Dimensions of Positive and Negative Affect. *SAGE Social Science Collections*, 14(2), 131-168. doi: 10.1177/0164027592142001
- Leech, N.L., Barrett, K.C., Morgan, G.A., Clay, J.N., & Quick, D. (2005). Multiple Regression. In N.L. Leech, K.C., Barrett, G.A. Morgan, J.N., Clay & D. Quick (Eds), *SPSS for Intermediate Statistics: use and interpretation* (pp.122-141). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Martin, J. A. (2002). *Qualitative Scoring of the Rey 15-Item Memory Test in a Forensic Population*. Dissertação de doutoramento submetida ao Departamento de Psicologia da Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College. Acedida em http://etd.lsu.edu/docs/available/etd-0611102-100354/unrestricted/Martin_dis.pdf.
- Mastekaasa, A. (1994). Psychological well-being and marital dissolution: Selection effects?. *Journal of Family Issues*, 15, 208–229.

- Mather, M., & Carstensen, L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502. doi: 10.1016/j.tics.2005.08.005
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The Effect of Age on Positive and Negative Affect: A Developmental Perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. ... Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Neto, F. (1999). Satisfação com a vida e características de personalidade. *Psychologica*, 22, 55-70.
- Pachana, N., Byrne, G., Siddie, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114. doi: 10.1017/S1041610206003504
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 15)*. (pp. 53-64, 146-178) Open University Press. McGraw Hill Education.
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., Benos, A., & Maes, S. (2006). Are People Emotionally Predisposed to Experience Lower Quality of Life? The Impact of Negative Affectivity on Quality of Life in Patients Recovering From Cardiac Surgery. *Social Indicators Research*, 76, 55-69. doi: 10.1007/s11205-005-4856-5
- Pezzotti P, Scalmana S, Mastromattei A, Di Lallo, D. (2008). The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practioners: A prospective observational study. *BMC Family Practice*, 9(29), 1-11. doi: 10.1186/1471-2296-9-29

Plati, M., Priscila, C., Lukasova, K., & Macedo, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(2), 118-121.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C.A., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223- 236.

Oliveira, D., Gomes, I., & Olivira, R. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Revista Saúde Pública*, 40(4), 734-736.

Oliveira, J.B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: LivPsic (4ª Ed.).

Rahman, T. T.A. Anxiety and depression in Lone elderly Living at their own homes & Going to Geriatric clubs Versus Those Living at Geriatric Homes. Acedido em <http://www.globalaging.org/health/world/2006/egyptelderly.pdf>

Rey, A. (1964). *L'Examen Clinique en Psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.

Rusting, C., & Larsen, R. (1997). Extraversion, Neuroticism, and Susceptibility to Positive and Negative Affect: A Test of two Theoretical Models, *Elsevier Science LTD*, 22(5), 607-612.

Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the "paradox". *Social Indicators Research*, 75, 241-271.

Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, IV(1), 7-21.

Shapiro, A., & Keyes, C. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research*, 88, 329–346. doi: 10.1007/s11205-007-9194-3

Silveira, E., & Ebrahim, S. (1995). Mental Health and Health Status of elderly Bengalis and Somalis in London. *Age and Ageing*, 24, 474-480.

Silvia, P., & Warburton, J., (2006). Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology Personality and Everyday Functioning. (Thomas, J., & Segal, D.). Positive and Negative Affect: Bridging States and Traits (pp.268-284). New Jersey: John Wiley & Sons.

Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503-515.

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII(3), 387-404.

Simões, M. R., Firmino, H., Vilar, M., & Martins, M. (2007). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão experimental portuguesa*. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão final portuguesa*. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15- IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 209-226.

Singh, K., & Jha, S. (2008). Positive and Negative Affect, and Grit as predictors of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 40-45.

Sinoff, G., & Werner P. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951-959. doi: 10.1002/gps.1004

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*, (5^a Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Tamir, M., & Robinson, M. (2004). Knowing Good From Bad: The Paradox of Neuroticism, Negative Affect, and Evaluative Processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 913-925. doi: 10.1037/0022.3514.87.6.913

Teichmann, M., Murdvee, M., & Saks, K. (2006). Spiritual Needs and Quality of Life in Estonia. *Social Indicators Research*, 76, 147-163. doi: 10.1007/s11205-005-4860-9

Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6), 1063-1070.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of abnormal psychology*, 104(1), 3-14.

Watson, D. (2000). *Mood and temperament*. New York: Guilford Press.

World Health Organization (WHO): 1995. WHOQOL-100. Facet Definitions and Questions (WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva, Switzerland).

World Health Organization (WHO): 1997. WHOQOL. Measuring Quality of Life. Programme on Mental Health WHO Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva, Switzerland.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

Zandi, T. (2004). Relationship between subjective memory complaints, objective memory performance, and depression among older adults. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19(6), 353-360. doi: 10.1177/153331750401900610.